



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Tjukk, stygg, lat og dum?

Hvordan fordommer og diskriminering kan påvirke selvkonseptet til personer med overvekt

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Anna Linnéa Wikholm

Høst 2018

Veileder

Hege Høivik Bye

Forord

Fra tidlig i studieløpet har jeg vært opptatt av stigmatisering relatert til psykiske vansker, samt andre grupper i samfunnet. Jeg har også vært opptatt av konsekvensene det kan ha for individet å bære et stigma. Derfor er jeg svært takknemlig for muligheten til å skrive om dette temaet i hovedoppgaven min, samt muligheten til å utvide min egen kunnskap på dette området. Jeg vil gi en stor takk til min veileder Hege Høivik Bye. Din veiledning har vært meget betydningsfull i skriveprosessen. Takk for din faglige dyktighet, for all støtte, motivasjon, gode innspill, og ikke minst ditt gode humør. Jeg vil også takke kjæreste, familie og venner for deres oppmuntring og engasjement gjennom hele prosessen. Her har spesielt Nataskja Lie og Astrid Bjorå bidratt til gode faglige diskusjoner. Jeg er heldig som har en så stor heiagjeng, og for at jeg har så mange flotte mennesker i livet mitt.

Linnéa Wikholm

Bergen, desember 2018

Abstract

This theoretical thesis explores how prejudice and discrimination against people with overweight can affect their self-concept. Stereotypical opinions about obesity was compared with studies of obese people's self-concept in order to investigate possible similarities. This thesis also explores the process behind internalization of weight stigma. Three models of internalized stigma was compared with each other. I have suggested a new theoretical model for internalization of weight stigma, based on the comparisons between stereotypes and self-concept, as well as the three models. The new model includes underlying factors, groups at risk for internalizing weight stigma and central risk- and protective factors in the internalization process. The model also contains possible consequences of internalized weight stigma and sustaining factors. This thesis concludes that similarities between stereotypical opinions about obesity and the self-concept of people who are overweight exists, and that such findings can be an indication of internalized weight stigma. The internalized weight stigma can contribute to the maintenance of overweight and discrimination. More research on factors that can contribute to the internalization of weight stigma is needed. Such research can have clinical implications for the people concerned, as well as implications at the community level.

Sammendrag

Denne teoretiske oppgaven undersøker hvordan fordommene og diskrimineringen overvektige utsettes for kan påvirke deres selvkonsept. Stereotypier om overvektige ble sammenlignet med studier av overvektiges selvkonsept for å se om det finnes likhetstrekk. Videre undersøker oppgaven hvilke prosesser som ligger bak overvektiges internalisering av fordommer i samfunnet. Tre modeller for internalisering av stigma ble sammenlignet. Med utgangspunkt i sammenligningen av stereotypier og selvkonsept, samt de tre modellene, har jeg foreslått en ny teoretisk modell for internalisering av vektstigma. Modellen inneholder bakenforliggende faktorer, risikogrupper for internalisering og sentrale sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer i internaliseringsprosessen. Modellen inneholder også konsekvensene av internalisert vektstigma, samt opprettholdende faktorer. Oppgaven konkluderer med at det eksisterer likhetstrekk mellom stereotypier og overvektiges selvkonsept, og at slike funn kan tyde på internalisert vektstigma. Det internaliserte stigmaet kan bidra til å opprettholde overvekt og diskriminering. Mer forskning trengs på faktorer som kan bidra til internalisering av vektstigma. Slik forskning kan ha kliniske implikasjoner for personene det gjelder, samt implikasjoner på samfunnsnivå.

Innholdsfortegnelse

Forord	iii
Abstract	iv
Sammendrag.....	v
Innledning.....	8
Begrepsavklaring.....	10
Vektstigma og selvkonsept.....	12
Stereotypier, fordommer og diskriminering rettet mot overvektige.....	13
Er det sammenheng mellom stereotypier og overvektiges selvkonsept?	17
Årsak til overvekt	17
Personlige egenskaper	18
Utseende	19
Oppsummering av likhetstrekk	20
Internalisering av vektstigma	22
The Deprejudice Quadruplex av Cox og kolleger	23
En internaliseringsmodell av Ratcliffe og Ellison	24
Sammenligning av modellene	26
<i>Oppsummering av sammenligningen</i>	30
Har en tredje modell mer å tilføye?	30
Forslag til en ny teoretisk modell for internalisering av vektstigma.....	33
Diskusjon.....	38

Konklusjon	46
Referanser.....	47

Overvekt og fedme anses som tilstander hvor det er overskudd av fett på kroppen i forhold til det som er ønskelig. Skillet mellom hva som anses som normalvekt og overvekt er stadig under diskusjon både på samfunnsbasis og innen medisinen (Gilman, 2008). Per i dag er den mest vanlige definisjonen på overvekt en kroppsmasseindeks [KMI] mellom 25 og 29,9. Fedme defineres som en KMI på 30 eller høyere (Folkehelseinstituttet, 2017; Helsedirektoratet, 2011; World Health Organization, 2018). Antall overvektige på verdensbasis har blitt tredoblet siden 1975 (World Health Organization, 2018). Overvekt og fedme er også økende i den norske befolkningen (Helsedirektoratet, 2011). Ifølge tall fra Folkehelseinstituttet (2017) har cirka 1 av 4 menn og 1 av 5 kvinner fedme. I tillegg har antall ungdommer som er overvektige økt (Folkehelseinstituttet, 2017).

Den vanligste årsaksforklaringen til overvekt, både blant helsepersonell og den generelle befolkningen, er at overvekt kommer som en konsekvens av for høyt inntak av kalorier kombinert med et lavt aktivitetsnivå. Videre eksisterer det også en oppfatning om at overvektige må ta seg sammen, bevege seg mer og spise mindre (Puhl & Heuer, 2009). Forskning viser derimot at det finnes flere og individuelle årsaker til overvekt. Overvekt kan være en bivirkning av en rekke medikamenter (Helsedirektoratet, 2011). Det kan også komme av eller påvirkes av genetiske faktorer, sosioøkonomisk status og/eller emosjonelle, psykologiske og psykososiale faktorer (Adolfsson, 2004; Chadwick & Cardew, 1996; Gilman, 2008; Kiell, 1973). Det ser likevel ut til at disse årsaksforklaringene får lite oppmerksomhet, også blant helsepersonell (Malterud & Ulriksen, 2011; Puhl & Heuer, 2009).

Overvekt og fedme er knyttet til økt risiko for en rekke fysiske helseplager (Chadwick & Cardew, 1996; Helsedirektoratet, 2011). Forskning viser også at overvekt og fedme kan føre til psykologiske vansker som et negativt selv bilde og lav selvfølelse (Durso, Latner, & Ciao, 2016; Heras, Kritikos, Hatzopoulos, Kritikos, & Mitsibounas, 2010; Rand et al., 2017). Det kan være flere årsaker til disse vanskene. Overvektige som gruppe er utsatt for en rekke

stereotypier, fordommer, diskriminering og stigmatisering i samfunnet som helhet (Crocker, Cornwell, & Major, 1993; Wang, Brownell, & Wadden, 2004).

I sosialpsykologien eksisterer det en rekke teorier om hvorfor vi har stereotypier og hvilke stereotypier som finnes i samfunnet om medlemmer av ulike grupper. Det finnes flere teorier om hvordan negative stereotypier, både om overvektige og andre grupper, kan utvikles til fordommer og diskriminering (Hogg & Vaughan, 2011). I motsetning til andre stigmatiserte grupper ser det ut til at stigma, fordommer og diskriminering rettet mot overvektige som gruppe blir akseptert i samfunnet (Wang et al., 2004). Overvektige selv rapporterer også om å bli utsatt for vektstigma (Heras et al., 2010; Poria & Beal, 2017). Mulige konsekvenser av å være en stigmatisert gruppe er også kjent (Hogg & Vaughan, 2011). Blant disse er internalisering av negative stereotypier (Finkel & Baumeister, 2010).

Overvektiges internalisering av samfunnets fordommer og stereotypier kan dermed være en av årsakene til psykologiske vansker i denne gruppen (Crocker et al., 1993; Heras et al., 2010). Det er få studier som har fokusert på stigmatisering relatert til overvekt som en mulig påvirkning i forholdet mellom kroppsvekt og psykisk helse (Stevens, Herbozo, Morrell, Schaefer, & Thompson, 2017). Det ser også ut til å være en mangelfull forståelse av samspillet mellom vektstigma som eksisterer i samfunnet og individets interne vektstigma (Ratcliffe & Ellison, 2015).

Med den overordnede problemstillingen «hvordan fordommer og diskriminering rettet mot overvektige kan påvirke selvkonseptet til personer med overvekt?» ønsker jeg med denne teoretiske oppgaven å besvare følgende spørsmål:

1. Hvilke likhetstrekk eksisterer mellom stereotypier og fordommer mot overvektige og overvektiges selvkonsept?
2. Hvilke prosesser ligger bak overvektiges internalisering av samfunnets stereotypier og fordommer mot overvektige?

Målet med oppgavens problemstillingen og underspørsmålene er å få mer kunnskap om forholdet mellom stereotypier og overvektiges selvkonsept. For å svare på disse spørsmålene vil jeg først sammenligne forskning som på ulike måter belyser innholdet i overvektiges selvkonsept med stereotypier og fordommer. Videre vil jeg med hjelp av ulike modeller prøve å illustrere hvordan vektstigma i samfunnet kan internaliseres hos overvektige individer. Dette vil være oppgavens hovedfokus.

Oppgaven ønsker ikke å hevde at fordommer og diskriminering er de eneste faktorene som kan påvirke overvektiges selvkonsept, eller at alle overvektige har et negativt selvkonsept. Denne oppgaven ønsker å bidra med et teoretiske rammeverk for hvordan vektstigma kan internaliseres, da slike rammeverk kan bidra til øke forståelsen av noen av de vanskene personer med overvekt kan ha relatert til det å være en stigmatisert gruppe (Ratcliffe & Ellison, 2015). Videre kan kunnskap om dette temaet bidra til å redusere diskriminerende atferd og fordommer rettet mot overvektige. Økt kunnskap om fordommer og diskriminering, som en potensielt relevant bidrag til utviklingen og opprettholdelsen av psykiske vansker blant overvektige, kan også være av klinisk relevans. Blant annet ved å gi en pekepinn på hvordan helsepersonell bør møte og kommunisere med pasienter som søker hjelp med vektrelaterte problemer. Økt kunnskap kan også være et bidrag til et mer helhetlig perspektiv på forebygging og behandling av overvekt. Dette er spesielt viktig da overvekt er et økende samfunnsproblem, og en økende del av befolkningen er utsatt for vektstigma (Helsedirektoratet, 2011; World Health Organization, 2018).

Begrepsavklaring

Sentrale begrep i oppgaven er «overvektig», «vektstigma», «internalisering» og «selvkonsept». Disse begrepene ønsker jeg nå å definere. Innledningsvis ble den vanligste definisjonen på overvekt og fedme introdusert med KMI. Denne metoden er ikke uten feil da det er flere faktorer som kan påvirke KMI. Muskelmasse veier eksempelvis mer enn fett, noe

som kan føre til at veltrente personer kan få en KMI som tilsvarer overvekt, uten at de faktisk er overvektige. Andre mål som kan indikere overvekt er midjemål og fettprosent (Helsedirektoratet, 2011).

Flere av studiene i denne oppgaven som brukes for å illustrere overvektiges selvkonsept har brukt KMI for å selekttere overvektige deltakere (Blodorn, Major, Hunger, & Miller, 2016; Essayli, Murakami, Wilson, & Latner, 2017; Megias et al., 2018; Proestakis & Brañas-Garza, 2016; Satinsky, Dennis, Reece, Sanders, & Bardzell, 2013; Wang et al., 2004). Der informasjon om deltakernes vekt er oppgitt veier de mellom 95 og 158 kilo.

I denne oppgaven defineres *overvektige* som personer som er overvektige/har fedme basert på KMI, midjemål eller fettprosent. Samtidig er det slik at disse objektive indikatorene i seg selv kan være vanskelige å se med det blotte øyet, og i samspill mellom mennesker vil det være sentralt hvorvidt en person oppfattes av seg selv og andre som overvektig (Major & O'Brien, 2005; Tajfel & Turner, 1979). Gruppen overvektige er derfor også definert som mennesker som med det blotte øyet avviker fra samfunnets ideal om hva som er en ønskelig, normalvektig og sunn kropp.

Vektstigma er et samlebegrep for stereotypier, fordommer og/eller diskriminering mot en person basert på personens vekt (Puhl & Heuer, 2010; Vartanian & Novak, 2011). Vektstigma trenger ikke nødvendigvis å komme fra andre mennesker. Dersom det er internalisert kan vektstigma også komme fra individet selv (Cox, Abramson, Devine, & Hollon, 2012).

Internalisering kan defineres som en psykologisk prosess hvor individet opptar andres holdninger knyttet til egen gruppetilhørighet som en del av sin personlighet (Raaheim & Raaheim, 2011). For at internalisering skal forekomme må individet ha kjennskap til at han eller hun tilhører en stigmatisert gruppe (Major & O'Brien, 2005; Tajfel & Turner, 1979). Internalisering av vektstigma er også avhengig av i hvilken grad en

overvektig person tilegner seg samfunnets negative stereotypier knyttet til overvekt og retter disse mot seg selv (Durso et al., 2012). Dersom personen internaliserer samfunnets negative stereotypier og fordommer om egen gruppe, utsettes han eller hun også av stigma fra seg selv. Internalisering av vektstigma kan videre påvirke selvkonseptet (Corrigan & Deepa, 2012; Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Selvkonseptet kan defineres som samlingen av kunnskap, tanker og holdninger en person har om seg selv. En del av selvkonseptet er også personens selvbylde, samt tiltro til egen mestringsevne (Drapalski et al., 2013). En person kan ha ulike oppfattelser av seg selv på tvers av kontekster (Fiske & Taylor, 2013). Selvkonseptet anses å være stabilt, men kan med tiden gradvis endre seg etter hvert som en person oppnår ny informasjon om seg selv gjennom nye erfaringer eller tolkinger (Augoustinos, Walker, & Donaghue, 2006). Selvkonseptet er relatert til det sosiale miljøet og reaksjoner fra betydningsfulle personer i individets liv (Fiske & Taylor, 2013; Riding & Rayner, 2001).

Vektstigma og selvkonsept

Denne delen av oppgaven består av fire deler. I den første delen vil jeg kort presentere teorier om hvordan vi sorterer mennesker i vår sosiale verden, og hvordan stereotypier, fordommer og diskriminering kan oppstå. Teoriene knyttes opp mot overvekt og fedme, og jeg vil presentere hva litteraturen sier er stereotypier og fordommer mot overvektige. I andre del blir studier knyttet til overvektiges selvkonsept sammenlignet med fordommer og stereotypier i samfunnet, for å undersøke om det eksisterer likhetstrekk mellom disse. I tredje del vil jeg sammenligne tre modeller om hvordan stigma fra samfunnet kan internaliseres hos personer som utsettes for stigmatiseringen. I fjerde del foreslår jeg en ny teoretisk modell for internalisering av vektstigma som integrerer momenter fra de tre modellene, samt sammenligningen av stereotypier og selvkonsept.

Stereotypier, fordommer og diskriminering rettet mot overvektige

Mennesker vi møter plasserer vi i kategorier eller grupper (McLeod, 2008). Dette kalles sosial kategorisering og hjelper oss med å organisere vår sosiale verden (Tajfel & Turner, 1979). For hver sosiale kategori har vi et «skjema» som refererer til mentale rammeverk. Disse hjelper oss med å tolke og organisere informasjon om verden (Chadwick & Cardew, 1996). Utseendet er ofte den første informasjonen som er tilgjengelig for oss, og det kan dermed påvirke hvordan vi kategoriserer andre, samt inntrykket vi får av dem. Vi vil ha en oppfattelse av personlighet og egenskaper som vi assosierer med en gitt kategori (Hogg & Vaughan, 2011).

Overvektige kan være et eksempel på en sosial kategori, og skjemaer vi har om overvektige aktiveres i møte med mennesker vi plasserer i denne kategorien. Dermed vil vi også tillegge disse menneskene egenskaper og personlighetstrekk som vi assosierer med overvektige som gruppe. Dette gjør vi selv når vi vet lite om dem, med unntak av at de tilhører den sosiale kategorien «overvektig» (Hogg & Vaughan, 2011). Dermed kan de egenskapene vi tillegger en overvektig person enten være riktige eller feilaktige (Tajfel & Turner, 1979).

I samfunnet eksisterer det delte skjemaer om overvektige (Chadwick & Cardew, 1996). Delte skjemaer om en gruppe mennesker kalles for stereotypier (Martin, Carlson, & Buskist, 2010). Stereotypier er generaliserende og forenklede, og i sammenheng med overvektige tenderer de å være negative. Det ser ut til at stereotypier knyttet til overvekt læres tidlig da det har blitt observert at barn ned i 6 års alderen har negative stereotypier om overvektige (Chadwick & Cardew, 1996; Raaheim & Raaheim, 2011).

Studier viser at overvektige anses som dumme, late, umotiverte, inkompetente, mindre attraktive og stygge, samt å ha manglende selvdisciplin (Brown & Thompson, 2007; Foster et al., 2003; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Puhl & Brownell, 2001; Puhl

& Heuer, 2009; Roehling, Roehling, & Odland, 2008; Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair, & Billington, 2003). Det eksisterer en oppfattelse om at overvektige ikke prøver hardt nok og at de har skyld i egen vekt. Studier viser også at overvektige anses som sosialt mislikte (Farrell, Warin, & Street, 2016; Puhl & Brownell, 2001; Roehling et al., 2008). Blant helsepersonell anses overvektige å ha manglende viljestyrke og å være slurvete (Foster et al., 2003). I jobbsammenheng anses overvektige arbeidssøkere som slurvete, mindre emosjonelt stabile, mindre ekstroverte, samt å ha dårligere arbeidsvaner (Puhl & Brownell, 2003; Roehling et al., 2008).

Videre er overvektige en gruppe i samfunnet som utsettes for fordommer og diskriminering. Fordommer er en persons negative emosjoner og holdninger ovenfor medlemmer av en sosial gruppe (Hogg & Vaughan, 2011; Martin et al., 2010). Avsky er for eksempel en negativ emosjon assosiert med overvektige (Cuddy, Fiske, & Glick, 2008; Goffman, 1986; Major & O'Brien, 2005; Vartanian, Thomas, & Vanman, 2013). Avsky kan være rettet mot utseende og antatte personlige egenskaper hos overvektige (Crocker et al., 1993; Goffman, 1986). En studie av Vartanian (2010) viste blant annet at avsky var den sterkeste predikatoren for negative holdninger mot overvektige.

Fordommer og stereotypier er nært knyttet til hverandre da fordommer ofte oppstår fra stereotypier og generaliserte oppfatninger av en gruppe (Hogg & Vaughan, 2011; Quillian, 2006). Dermed kan negative stereotypier, og videre også fordommer rettet mot overvektige, bidra til å fjerne menneskeligheten og verdigheten til menneskene som tilhører denne gruppen (Hogg & Vaughan, 2011). Selv om fordommer er holdninger og emosjoner som «befinner seg i individets hode», kan fordommer i de fleste tilfeller være hovedmotivasjonen bak diskriminering (Quillian, 2006). Dermed kan holdninger og emosjoner utvikles til handling da diskriminering innebærer forskjellsbehandling av individer basert på gruppedlemskap

(Finkel & Baumeister, 2010). Slik forskjellsbehandling innebærer negative konsekvenser for gruppen som utsettes for diskrimineringen (Quillian, 2006).

Studier viser at overvektige utsettes for diskriminering i sammenheng med jobb og utdanning, i mellommenneskelige relasjoner, i media og blant helsepersonell (Chadwick & Cardew, 1996; Malterud & Ulriksen, 2011; Puhl & Heuer, 2009; Wang et al., 2004). Det har for eksempel blitt observert at jo høyere KMI en pasient har, jo mindre ønske har leger om å hjelpe pasienten, samt jo mer blir pasienten ansett som bortkastet tid (Hebl & Xu, 2001).

Overvektige kan regnes som en «stigmatisert gruppe», da grupper som er mål for fordommer og diskriminering ofte er bærere av et stigma og har negative stereotypier rettet mot seg (Chadwick & Cardew, 1996; Crocker et al., 1993; Major & O'Brien, 2005; Martin et al., 2010). I samfunnet eksisterer det stereotypier om en rekke grupper, uten at dette betyr at de nødvendigvis er stigmatiserte. Stereotypier behøver dermed ikke innebære at en gruppe ikke er akseptert i samfunnet da stereotypier også kan være positive (Hogg & Vaughan, 2011). Stigmatiserte grupper, som overvektige, er derimot ikke fullt akseptert av samfunnet. De er annerledes på en uønsket måte, samt at deres sosiale identitet devalueres av samfunnet eller i spesifikke kontekster (Goffman, 1986; Hogg & Vaughan, 2011; Major & O'Brien, 2005). Dette fremkommer også i Erving Goffmans (1986) beskrivelse av stigma:

While the stranger is present before us, evidence can arise of his possessing an attribute that makes him different from others in the category of persons available for him to be, and of a less desirable kind – in the extreme, a person who is quite thoroughly bad, or dangerous or weak. He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. (s. 12)

Goffman (1986) beskriver tre typer stigma. Stigma knyttet til avsky mot kropp eller utseende, knyttet til oppfattelsen av individuell karakter og stigma relatert til rase, nasjonalitet og religion (Goffman, 1986). Stigma kan også være knyttet til atferd og gruppedlemskap

(Major & O'Brien, 2005). Studier viser at stigma om overvektige er knyttet til utseende, samt personlige egenskaper hos overvektige som gruppe (Crocker et al., 1993). Dette kan stemme overens med Goffmans (1986) skissering av stigma.

Goffman (1986) beskriver også forskjellen mellom skjulte og synlige stigma. Dersom et stigma er synlig er det umiddelbart kjent for andre mennesker, på tvers av situasjoner, at individet er bærer av et stigma (Goffman, 1986). Overvekt kan være vanskelig å skjule, og kan dermed kategoriseres som et synlig stigma med utgangspunkt i Goffmans teori. Dette gjør også at det er vanskeligere for bærere av et vektstigma å unngå stereotypier, fordommer og diskriminering, sammenlignet med stigmatiserte grupper som kan skjule sitt stigma (Hogg & Vaughan, 2011). Stigmaer kan oppfattes som kontrollerbare og ukontrollerbare (Major & O'Brien, 2005). Overvekt vekker sterke reaksjoner da denne tilstanden oppfattes som kontrollerbar og det antas dermed at overvektige har skyld i sin egen tilstand grunnet egne valg, inaktivitet og matinntak (Puhl & Heuer, 2010; Weiner, 2005).

Ifølge Bernard Weiners (2005) attribusjonstilnærming blir personer holdt mer ansvarlig for noe som de har gjort intensjonelt heller enn noe som forekom ved et uhell. Samtidig ser det ut til at mennesker antas å være ansvarlige for mange av sine handlinger. Overvekt anses ofte å være forårsaket av personen som er overvektig. Dette kan videre få moralske implikasjoner og kan være assosiert til ord som «burde», «kunne» og «skam» (Weiner, 2005).

Ifølge Weiner (2005) er sinne en konsekvens av antakelsen om at et individ burde eller kunne ha handlet annerledes. I denne sammenheng innebærer dette at den overvektige kunne ha trent mer og spist sunnere, eller burde begynne å trene og spise sunnere for å gå ned i vekt. Sinne kan igjen føre til aggressive handlinger. Dette kan for eksempel være diskriminerende atferd i form av ekskludering av overvektige, samt å fordele samfunnets ressurser på en måte som er ufordelaktig for overvektige (Weiner, 2005). Med utgangspunkt i attribusjonsteori kan

det se ut til at jo mer vi attribuerer overvekt til å komme av interne og kontrollerbare årsaker, jo større negative reaksjoner får vi på overvekt. Dette kan igjen føre til mindre medfølelse, samt redusert vilje til å hjelpe overvektige personer (Hilbert, Winfried, & Braehler, 2008).

Er det sammenheng mellom stereotypier og overvektiges selvkonsept?

I følgende avsnitt vil jeg sammenligne stereotypier om overvektige med kvalitative og kvantitative studier av overvektiges selvkonsept, for å undersøke om det finnes likhetstrekk. Sammenligningen inneholder også en kasusbeskrivelse, samt informasjon fra en bok om overvekt. For å finne studier om overvektiges selvkonsept, foretok jeg litteratursøk i databasene PsychINFO, PubPsych, Web of Science og Google Scholar. Søkeordene har vært relatert til temaene vekt, stigma, fordommer, diskriminering, selvkonsept og internalisering. Sammenligningen er oppsummert i Tabell 1. Med utgangspunkt i de kvalitative studiene anerkjenner jeg at hvert enkelt individ har sin egen opplevelse, og at det derfor ikke kan trekkes generelle konklusjoner med utgangspunkt i hva en enkelt personer har sagt. Det er likevel slik at disse utsagnene kan brukes som en pekepinn på hva overvektige kan tenke om seg selv, særlig når de settes i sammenheng med kvalitative studier med et større antall deltakere (Malterud & Ulriksen, 2011).

Årsak til overvekt

På samme måte som det eksisterer en oppfattelse av at overvektige har skyld i egen vekt, ser det også ut til at overvektige gir seg selv skylden for at de er overvektige (Engström & Forsberg, 2011; Pila, Brunet, Crocker, Kowalski, & Sabiston, 2016). Dette gjelder spesielt hvis de tidligere har mislyktes i å oppnå et mål med å gå ned i vekt (Puhl & Brownell, 2001; Rand et al., 2017). I en studie av Essayli og kolleger (2017) ble 113 deltakere i ulike vektklasser tilfeldig tildelt merkelappen «normalvektig» eller «overvektig». Resultatene viste at de med merkelappen «overvektig» oppfattet seg selv som mindre sunne sammenlignet med de som fikk merkelappen «normalvektig» (Essayli

et al., 2017). Her tenker jeg at termen usunn også kan innebære årsaksforklaringen overvekt grunnet usunt kosthold, noe som kan være en indirekte måte å si at overvekten er forårsaket av kosthold.

Personlige egenskaper

Forskning viser at det eksisterer avsky knyttet til overvektige menneskers antatte personlige egenskaper (Crocker et al., 1993; Cuddy et al., 2008; Goffman, 1986; Major & O'Brien, 2005). Som tidligere nevnt anses overvektige som mindre kompetente (Puhl & Heuer, 2009). Proestakis og Brañas-Garza (2016) utførte en studie i en eksperimentell setting som skulle simulere en lønnsforhandling. Deltakerne ble bedt om å oppgi lønnen de skulle ha for å utføre en enkel oppgave. Resultatene viste at de deltakerne som identifiserte seg som overvektige etterspurte lavere lønn enn de som identifiserte seg som normalvektige. Forfatterne foreslo at resultatet kunne indikere at stereotypier om overvektige som mindre kompetente hadde blitt internalisert blant de overvektige deltakerne, noe som førte til at de devaluerte sin egen gruppe. I en studie av Wang og kolleger (2004) ble overvektige rangert som dummere enn tynne personer, av studiens overvektige deltakere. Cassin og Friedman (2017) presenterte kasusbeskrivelsen av en 30 år gammel kvinne. Det kom frem i denne beskrivelsen at kvinnen anså seg selv som inkompetent fordi hun var overvektig og ikke klarte å gå ned i vekt.

I studien til Wang og kolleger (2004) ble den stereotypiske oppfattelsen av at overvektige er late delt av noen overvektige deltakere. Artikkelforfatterne foreslo at dette resultatet kan innebære oppfattelsen av at overvektige mangler motivasjon, og at overvekten er under overvektiges kontroll (Wang et al., 2004). Dette samsvarer med stereotypien om at overvektige mangler motivasjon (Foster et al., 2003; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Puhl & Heuer, 2009; Roehling et al., 2008).

Utseende

Avsky er ikke bare en emosjon knyttet til overvektiges antatte personlige egenskaper. Avsky kan også være knyttet til overvektiges utseende (Crocker et al., 1993; Cuddy et al., 2008; Goffman, 1986; Major & O'Brien, 2005). Overvektige kan også rapportere at de føler avsky rettet mot egen kropp (Bruåsdal, 2017). Dette gjelder spesielt ungdommer og unge kvinner som har vært overvektige siden barndommen (Chadwick & Cardew, 1996). Dette kan ha en mulig sammenheng med tynnhetsidealet kvinner utsettes for fra blant annet media-, reklame-, og motebransjen (Kiell, 1973; Rosen, 2002). I kasuset presentert av Cassin og Friedman (2017) ga den overvektige kvinnen uttrykk for at hun følte avsky ovenfor sin egen kropp hver gang hun så seg selv i speilet.

Overvektiges selvbevissthet knyttet til egen vekt, og hvordan andre oppfatter den, ser ut til å kunne påvirke forholdet til potensielle partnere og intimitet (Bruåsdal, 2017; Kiell, 1973). Dette kan ha en mulig sammenheng med at overvektige, både blant den generelle befolkningen og helsepersonell, anses som mindre attraktive og stygge (Himmelstein & Tomiyama, 2015; Schwartz et al., 2003). I en studie av Miller, Rothblum, Felicio og Brand (1995) rangerte kvinnelige deltakere med overvekt seg selv som mindre attraktive enn det normalvektige kvinner gjorde. Dette gjaldt spesielt dersom de fikk beskjed om at vekten deres skulle være synlig for menn (Miller et al., 1995). I en studie av Blodorn og kolleger (2016) med 160 deltakere skulle menn og kvinner med varierende kroppsvekt holde en tale om hvorfor de ville være en god date. De fikk beskjed om at talen skulle vurderes av en potensiell date gjennom lyd- eller videoopptak. Resultatene viste at de overvektige kvinnene i videobetingelsen trodde de skulle bli sosialt avvist av en potensiell date. Artikkelforfatterne mente at dette funnet kunne være en indikasjon på at de overvektige kvinnene ikke anså seg selv som attraktive. Mennene i studien var upåvirket av om kroppsvekten ville være synlig eller ikke (Blodorn et al., 2016).

Megias og kolleger (2018) og Satinsky og kolleger (2013) har gjennomført hver sin kvalitative studie. Noen av utsagnene fra de overvektige informantene i begge studiene bar preg av misnøye med eget utseende og følelsen av å være uattraktiv og stygg, noe som blant annet kunne påvirke relasjonen til partnere. I studien til Megias og kolleger (2018) ble dette illustrerte med følgende sitat:

I have never seen myself as pretty, I have always been a little bit ugly ... I didn't like myself, either dressed or naked ... When I was with my husband, I even felt anger when he stared at me, because I didn't feel pretty. (s. 9)

Samtidig er det viktig å fremheve at Satinsky og kollegers (2013) studie med fire kvinnelige deltakere fikk blandede resultater. To av kvinnene så ikke et behov for å sette spørsmålstegn ved andres attraksjon til dem. En av de to kvinnene uttrykte også selvsikkerhet knyttet til eget utseende. Satinsky og kolleger (2013) foreslo at det å adoptere en stereotypisk oppfattelse av overvekt kan påvirke intime relasjoner og selvpersepsjon. Forfatterne hadde en hypotese om at dette kunne gjelde to av kvinnene i studien. De to andre kvinnene så ut til å ha utviklet en seksuell subjektivitet som var uavhengig av selv-objektivering (Satinsky et al., 2013).

I en kvalitativ studie av Epiphaniou og Ogden (2010) beskrev noen av deltakerne hvordan kroppsvekt, som resultat av samfunnets fokus på vekten deres, hadde blitt en del av deres identitet. Deltakerne dette gjaldt tenderte å se seg selv som store og tjukke, noe som fikk dem til å føle seg stygge og uattraktive (Epiphaniou & Ogden, 2010). At overvekten kan medføre at individet føler seg uattraktiv er også et resultat i de kvalitative studiene til Bruåsdal (2017) og Edward, Hii, Giandinoto, Hennessy og Thompson (2018).

Oppsummering av likhetstrekk

Tabell 1

Stereotypiske oppfattelser av overvektige og overvektiges selvkonsept.

Stereotyper om overvektige		Selvkonsept	
Skyld i egen overvekt	(Farrell et al., 2016; Puhl & Brownell, 2001)	Skyld i egen overvekt	(Engström & Forsberg, 2011; Essayli et al., 2017; Pila et al., 2016; Rand et al., 2017)
Late	(Foster et al., 2003; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Puhl & Heuer, 2009; Roehling et al., 2008)	Late	(Engström & Forsberg, 2011; Wang et al., 2004)
Umotiverte	(Foster et al., 2003; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Puhl & Heuer, 2009; Roehling et al., 2008)	Umotiverte	(Wang et al., 2004)
Dumme	(Chadwick & Cardew, 1996; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Puhl & Brownell, 2001; Schwartz et al., 2003)	Dumme	(Wang et al., 2004)
Inkompetente	(Puhl & Heuer, 2009)	Inkompetente	(Cassin & Friedman, 2017; Proestakis & Brañas-Garza, 2016)
Avsky rettet mot utseende	(Cuddy et al., 2008; Major & O'Brien, 2005)	Avsky rettet mot utseende	(Cassin & Friedman, 2017; Chadwick & Cardew, 1996)
Uattraktive	(Himmelstein & Tomiyama, 2015; Schwartz & Brownell, 2004)	Uattraktive	(Blodorn et al., 2016; Bruåsdal, 2017; Edward et al., 2018; Epiphaniou & Ogden, 2010; Miller et al., 1995; Satinsky et al., 2013)
Stygge	(Himmelstein & Tomiyama, 2015; Schwartz & Brownell, 2004)	Stygge	(Epiphaniou & Ogden, 2010; Megias et al., 2018; Satinsky et al., 2013)

Som oppsummert i Tabell 1 viser sammenligningen at overvektige kan anse seg selv og/eller andre overvektige som dumme, late, umotiverte, inkompetente, uattraktive og stygge

(Blodorn et al., 2016; Cassin & Friedman, 2017; Chadwick & Cardew, 1996; Epiphaniou & Ogden, 2010; Megias et al., 2018; Proestakis & Brañas-Garza, 2016; Satinsky et al., 2013; Wang et al., 2004). Overvektige kan også ha tanker om at de selv har skyld i egen overvekt, og kjenne emosjonen avsky rettet mot eget utseende (Essayli et al., 2017; Pila et al., 2016; Rand et al., 2017).

Denne sammenligningen viser klare likhetstrekk mellom eksisterende stereotypier og fordommer knyttet til overvektige. Som tidligere nevnt har hvert enkelt individ sine personlige opplevelser, tolkninger og tanker. Studiene som er oppsummert i denne delen av oppgaven kan ikke tolkes som at enhver stereotypi matcher med enhver overvektig persons selvkonsept. Samtidig viste majoriteten av studiene at overvektiges selvkonsept ofte inkorporerer eksisterende stereotypier. Her kan det settes spørsmålstegn ved hva det er som gjør at overvektiges negative beskrivelser av seg selv samsvarer med eksisterende stereotypier. Hva er det som gjør at negative personlige egenskaper som dum og inkompetent brukes heller enn andre ikke-stereotypiske egenskaper som egoistisk og selvsentrert? Dermed kan det se ut til at noen, men ikke alle, overvektige i varierende grad internaliserer vektstigma.

Internalisering av vektstigma

I denne delen av oppgaven vil jeg fokusere på internalisering av vektstigma. For å undersøke hvordan vektstigma kan internaliseres hos overvektige vil jeg ta utgangspunkt i tre modeller. Cox og kollegers (2012) modell «the Deprejudice Quadruplex» og modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) vil bli kort presentert. Deretter vil jeg diskutere likheter og forskjeller mellom de to modellene, med særlig vekt på hva de tilføyer hverandre i deres beskrivelse av internaliseringsprosessen. En tredje modell utviklet av Drapalski og kolleger (2013) vil så bli kort presentert for å se om den har mer å tilføye i

forståelsen av hvordan vektstigma kan internaliseres. De tre modellene (Figur 1, 2 og 3) er oversatt fra engelsk til norsk av denne hovedoppgavens forfatter. Selv om modellene til Cox og kolleger (2012) og Drapalski og kolleger (2013) ikke er rettet mot internalisering av vektstigma vil det, av hensyn til oppgavens problemstilling, bli brukt eksempler relatert til temaet overvekt når modellene beskrives. Jeg presenterer avslutningsvis forslag til en ny teoretisk modell for hvordan vektstigma kan internaliseres. Modellenes plassering i teksten er av hensyn til leservennlighet.

The Deprejudice Quadruplex av Cox og kolleger

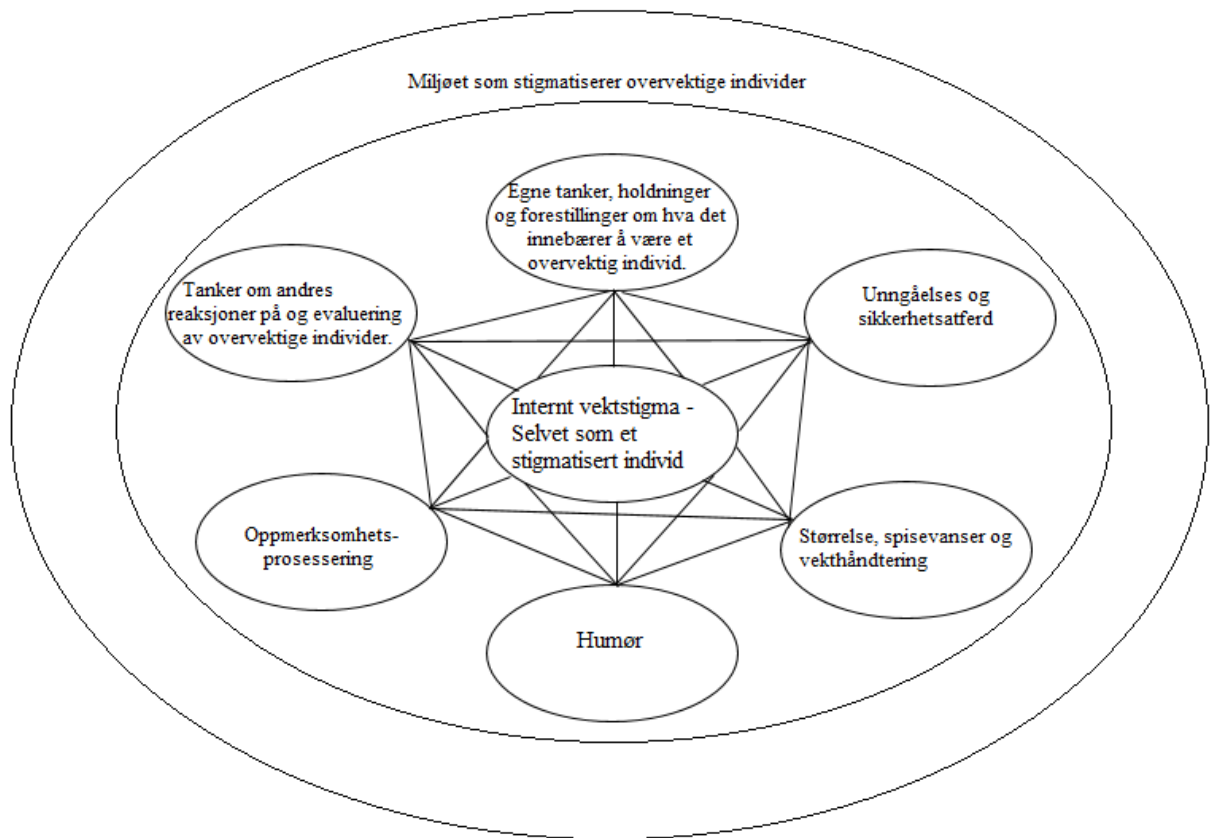
		Mål	
		Individet	Andre
Kilde	Individet	Har stereotypier om seg selv	Har fordommer om andre
	Andre	Mål for andres fordommer	Observatør

Figur 1. The Deprejudice Quadruplex av Cox og kolleger (2012). Modellen illustrerer ulike kombinasjoner av fordommers kilde og mål. Kilden er den som utsetter noen for fordommer og diskriminering. Målet er den som utsettes for fordommer og diskriminering. Illustrasjonen er en norsk oversettelse.

I sin modell, illustrert i Figur 1, viser Cox og kolleger (2012) hvordan fordommer og diskriminering kan få negative konsekvenser for de individene som utsettes for dem. Disse konsekvensene kan ifølge artikkelen være stigma og depresjon. Termen «deprejudice» beskriver ulike måter som depresjon og fordommer kan være komorbide på. The Deprejudice Quadruplex tar for seg ulike kombinasjoner av kilde og mål. Her er kilden den som har stereotypier og fordommer om et individ eller en gruppe. Målet er individet eller gruppen som utsettes for stereotypier, fordommer og diskriminering. Både kilde og mål kan være individet selv eller andre personer. De ulike kombinasjonene av kilde og mål er illustrert i fire ruter. En person kan befinne seg i flere ruter samtidig, og bevegelse mellom de ulike rutene i the Deprejudice Quadruplex er mulig (Cox et al., 2012).

Kombinasjonen individ-andre omhandler en person som «har fordommer om andre», som for eksempel helsepersonell som har stereotypier og fordommer om overvektige. Dette kan føre til emosjoner som avsky og/eller ulike former for atferd hos kilden (helsepersonell). Kombinasjonen andre-andre er en «observatør» som er vitne til diskriminering av overvektige (Cox et al., 2012). Disse to kombinasjonene vil ikke bli nærmere diskutert i denne oppgaven da de vurderes å være utenfor oppgavens problemstilling. Rollene «mål for andres fordommer» (andre-individet) og «stereotypier om seg selv» (individet-individet) vil bli nærmere beskrevet.

En internaliseringsmodell av Ratcliffe og Ellison



Figur 2. Ratcliffe og Ellisons (2015) forslag til en modell av internalisert vektstigma.

Illustrasjonen er en norsk oversettelse. I modellens kjerne er den overvektiges internaliserte vektstigma. De ulike faktorene i modellen kan påvirke internalisert vektstigma direkte, eller påvirke hverandre og dermed også ha en indirekte påvirkning på vektstigma (Ratcliffe & Ellison, 2015).

I sin artikkel presenterer Ratcliffe og Ellison (2015) forslag til en modell av internalisert vektstigma basert på ulike teorier. Modellen (Figur 2) fokuserer på hvordan vektstigma i miljøet kan påvirke den overvektiges evaluering av selvet negativt. Forfatterne legger frem en hypotese om at eksterne faktorer predisponerer eller øker individets sårbarhet for å internalisere vektstigma. Modellen illustrerer faktorer som kan påvirke internalisert vektstigma. De ulike faktorene som er foreslått kan enten påvirke internalisert vektstigma direkte eller påvirke hverandre og dermed også påvirke vektstigma indirekte (Ratcliffe & Ellison, 2015).

Sammenligning av modellene

Til felles har de to modellene at internalisering av vektstigma starter med at den overvektige direkte eller indirekte utsettes for fordommer og diskriminering av andre. Hvordan den overvektige blir møtt av sine omgivelser kan påvirke hans eller hennes tanker om seg selv. Det er ikke bare faktiske negative opplevelser som kan ha en påvirkning. Den overvektiges antakelse eller tolkning av en situasjon som negativ, grunnet egen vekt, kan også påvirke hans eller hennes tanker om seg selv (Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Ytterst i modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) er miljøet som utsetter den overvektige for vektstigma. I kjernen er den overvektiges internaliserte vektstigma. Tanker og antakelser om hvordan andre reagerer på og vurderer overvektige, samt hvordan disse blir påvirket av negative erfaringer, er et eget element i modellen. Dersom den overvektiges tanker om hvordan andre opplever han eller henne blir internalisert, vil den overvektige vurdere og tenke om seg selv på samme måte. Ifølge modellen har individet også selv-fokuserte tanker og bilder av hva det innebærer å være overvektig. Når vektstigma er internalisert vil tanker og bilder av hva det vil si å være overvektig samsvare med stereotypier. Dette vil igjen påvirke hvordan den overvektige interagerer med andre og miljøet (Ratcliffe & Ellison, 2015).

I Cox og kollegers (2012) modell befinner den overvektige seg i ruten «mål for andres fordommer» dersom det er andre som er kilden til fordommene, og den overvektige er målet for fordommene, men ikke har internalisert dem. Dersom den overvektige er både mål og kilde for fordommene er vektstigma internalisert. Dette vil innebære at han eller hun har negative stereotypier, hat og avsky rettet mot seg selv, samtidig som en annen del av individet kjenner på det å bli utsatt for stigma (Cox et al., 2012).

Selv om de to modellene har flere fellestrekk går de i detalj på ulike momenter i internaliseringsprosessen. Ratcliffe og Ellisons (2015) modell foreslår eksterne faktorer som kan predisponere og/eller øke sårbarheten for å internalisere vektstigma, men går mest i detalj på faktorer som kan opprettholde internaliseringen av vektstigma (Ratcliffe & Ellison, 2015).

Cox og kollegers (2012) modell går mer i detalj på ulike måter den overvektige kan internalisere vektstigma på. Når den overvektige er mål for andres fordommer, og opplever erfaringer med å bli diskriminert, kan dette føre til en internalisering av vektstigma. Da befinner den overvektige seg i rutene «mål for andres fordommer» og «har stereotypier om seg selv». Han eller hun blir da utsatt for fordommer og diskriminering fra seg selv og andre samtidig. Dersom den overvektige i voksen alder har fordommer om seg selv kan disse også ha blitt internalisert gjennom at han eller hun har blitt utsatt for et negativt fokus knyttet til vekt av sentrale personer, som familiemedlemmer, i barndommen (Cox et al., 2012).

En person kan også gå fra å være en kilde som «har fordommer om andre», til å ha fordommer rettet mot seg selv. Dette kan for eksempel skje når en normalvektig person med fordommer mot overvektige selv har blitt overvektig. Dette kan påvirke den overvektiges følelser om seg selv da antatte negative personlige egenskaper og negative emosjoner som han eller hun tidligere har tillagt andre nå blir aktuelle for selvet (Cox et al., 2012). Jeg tenker at dette er særlig relevant i forbindelse med overvekt, da overvektige er en gruppe individet kan gå inn og ut av. På denne måten illustrerer modellen til Cox og kolleger (2012) også hvilken påvirkning det kan ha på selvkonseptet å bli medlem av en gruppe individet tidligere har hatt fordommer mot. Dette blir ikke tematisert i Ratcliffe og Ellisons (2015) modell.

De to modellene samsvarer i at det finnes ulike faktorer som kan påvirke i hvilken grad den overvektige internaliserer vektstigma eller ikke. De skiller seg derimot fra hverandre gjennom å vektlegge ulike faktorer. Cox og kollegers (2012) modell fremhever at internalisering av vektstigma avhenger av i hvilken grad den overvektige identifiserer seg med overvektige som gruppe, mens modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) fremstiller oppmerksomhetsprosessering som et mulig element i internaliseringen av vektstigma. Dette innebærer blant annet at måten den overvektige husker en hendelse på kan, i varierende grad, påvirke internaliseringen. Den overvektige kan huske en hendelse gjennom å ta ett av to perspektiver: sitt eget perspektiv eller en observatørs perspektiv. Ratcliffe og Ellisons (2015) hypotese er at individer som opplever vektstigma mest sannsynlig tar en observatørs perspektiv. Om den overvektige tar en observatørs perspektiv og har tanker om at andre vurderer overvektige negativt, kan dette påvirke hvordan han eller hun vurderer og tenker om seg selv. Dette kan føre til at den overvektige blir overfokuset på egen vekt, noe som igjen kan opprettholde negative evalueringer av selvet. Det kan også ta den overvektiges fokus vekk fra egne positive eller nøytrale egenskaper (Fennell & Jenkins, 2004; Ratcliffe & Ellison, 2015).

En av sirklene i modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) omhandler humor. Den har til felles med modellen til Cox og kolleger (2012) at det å internalisere vektstigma kan føre til lav selvbilde og negative emosjoner som depresjon (Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015). The Deprejudice Quadruplex fremstiller dette som konsekvenser av å internalisere stigma, mens modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) også illustrerer hvordan negative emosjoner kan bidra til å gjøre den overvektige mer sårbar for å internalisere vektstigma (Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Ifølge begge modellene kan internalisert vektstigma påvirke individets atferd. De anser sosial tilbaketrekning og unngåelsesatferd som atferdsmessige responser eller

mestringsstrategier i møte med vektstigma (Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015). I modellen presentert av Ratcliffe og Ellison (2015) blir unngåelses- og sikkerhetsatferd eksemplifisert med at den overvektige prøver å skjule overvekten med valg av klær og unngår ulike relasjoner og/eller situasjoner. Dette kan igjen påvirke dagligdagse aktiviteter og gjøremål. Unngåelses- og sikkerhetsatferd er også en faktor som kan opprettholde det internaliserte vektstigmaet (Ratcliffe & Ellison, 2015). Dersom den overvektige kun er mål for andres fordommer, men disse ikke er internalisert, vil det å flykte fra den som er kilden til fordommene, ifølge modellen til Cox og kolleger (2012), bidra til at de negative emosjonelle konsekvensene forsvinner. Dersom fordommene er internalisert vil de negative konsekvensene påvirke den overvektige i varierende grad og skape en følelse av håpløshet (Cox et al., 2012).

I modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) er et element som ikke blir tematisert i Cox og kollegers (2012) modell: vekt, matvaner og vekthåndtering. Her er det viktig å poengtere at en av forskjellene mellom de to modellene er at Ratcliffe og Ellisons (2015) modell er spesifikt rettet mot vektstigma, mens modellen til Cox og kolleger (2012) ikke er rettet spesifikt til vektstigma, men internalisering av stigma generelt (Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Vekt, matvaner og vekthåndtering som presentert i Ratcliffe og Ellisons (2015) artikkel tar utgangspunkt i forskning som viser at vektstigma kan påvirke spiseatferd og øke risikoen for overspising. Noen av studiene presentert i artikkelen deres viste også at overspising for noen kan være en måte å håndtere vektstigma på, samt at vektstigma kan påvirke motivasjonen for å gå ned i vekt på en negativ måte (Almeida, Savoy, & Boxer, 2011; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997; Puhl & Brownell, 2006; Ratcliffe & Ellison, 2015). Faktorene overspising og lite motivasjon for vektnedgang er

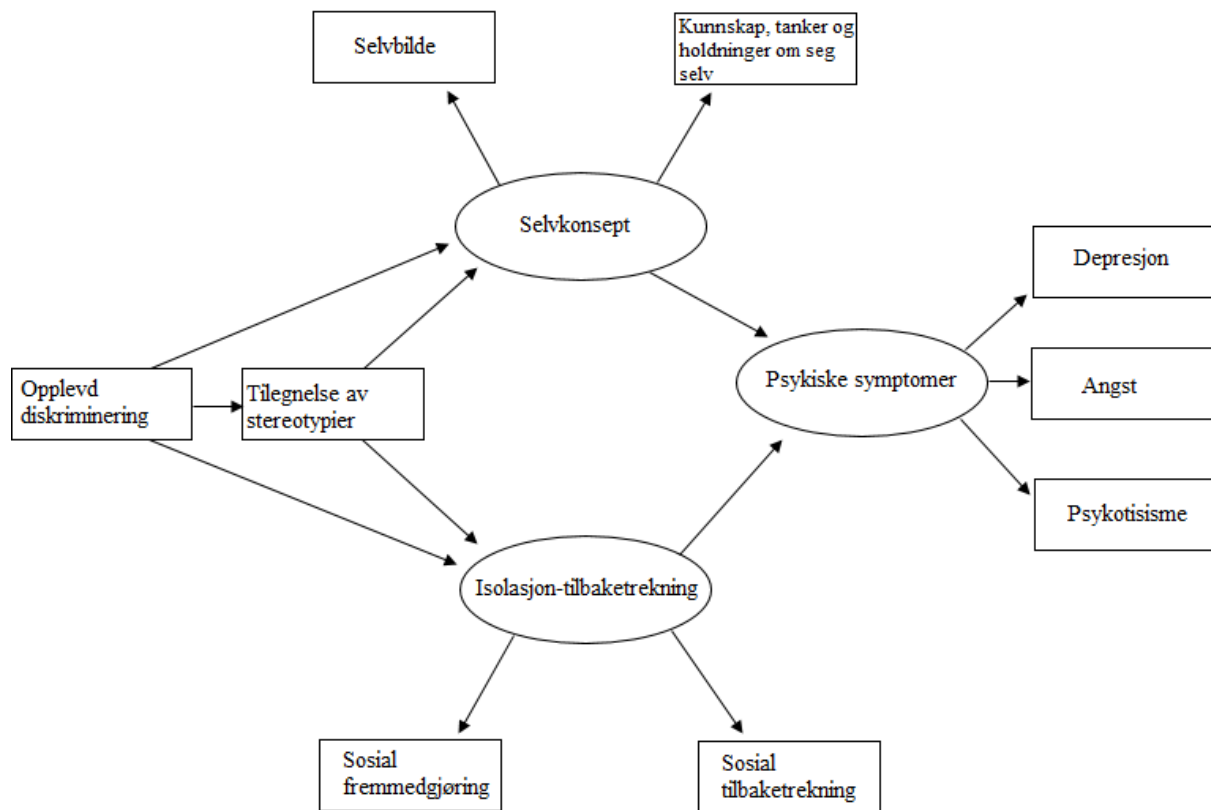
igjen med på å opprettholde overvekt. Dermed kan overvekt i seg selv være en faktor som bidrar til å opprettholde internalisert vektstigma (Ratcliffe & Ellison, 2015).

Oppsummering av sammenligningen

I begge modellene blir det å utsettes for vektstigma, både direkte eller indirekte, fra miljøet eller viktige personer, sentralt for internalisering. Disse opplevelsene kan være faktiske eller antatte. De to modellene har en rekke fellestrekk men har samtidig forskjellige hovedfokus. Modellen til Ratcliffe og Ellison (2015) har mest fokus på faktorer som kan opprettholde det internaliserte vektstigmaet. Cox og kollegers (2012) modell går mer i detalj på ulike måter stigma kan internaliseres på. Dermed kan de to modellene utfylle hverandre i forståelsen av hvordan vektstigma kan internaliseres og opprettholdes.

Har en tredje modell mer å tilføye?

I følgende avsnitt vil jeg presentere en tredje modell for hvordan internalisering av stigma kan forekomme, for å undersøke om den har mer å tilføye forståelsen av internaliseringsprosessen. I en studie med 100 deltakere presenterer Drapalski og kolleger (2013) en modell (Figur 3) for hvordan internalisert stigma kan forekomme og mulige konsekvenser av å internalisere stigma. Modellen tar utgangspunkt i internalisering av stigma rettet mot mennesker med psykiske lidelser (Drapalski et al., 2013). Felles for mennesker med psykiske lidelser og mennesker med overvekt er at de opplever å bli stigmatisert fra flere kilder, noe som kan føre til internalisert stigma (Chadwick & Cardew, 1996; Drapalski et al., 2013; Foster et al., 2003; Malterud & Ulriksen, 2011; Puhl & Heuer, 2009; Roehling et al., 2008; Wang et al., 2004).



Figur 3. En modell om internalisert stigma av Drapalski og kolleger (2013).

Illustrasjonen er en norsk oversettelse.

Som illustrert i de to andre modellene starter internalisering av stigma gjennom at den overvektige utsettes for diskriminering. Det er når den overvektige selv begynner å tro på stereotypene at de blir internalisert. I likhet med de to andre modellene viser modellen til Drapalski og kolleger (2013) at internalisering av stigma kan påvirke den overvektiges tanker og holdninger til seg selv, noe som igjen påvirker tanker om egne evner og selvbilde. Dette kan igjen føre til isolasjon og tilbaketrekning (Cox et al., 2012; Drapalski et al., 2013; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Ifølge studien til Drapalski og kolleger (2013) vil de som internaliserer negative stereotyper om sin gruppe i større grad oppleve isolasjon og tilbaketrekning enn de som kun har opplevd diskriminering, men som ikke har internalisert negative stereotyper. Disse atferdsmessige responsene kan også være et tegn på en redusert følelse av å være et

medlem av samfunnet. Med utgangspunkt i denne modellen, og i likhet med Cox og kollegers (2012) modell, kan isolasjon og tilbaketrekning også forekomme uten at internalisering har funnet sted, selv om det forekommer hyppigst når negative stereotypier har blitt en del av selvkonseptet (Drapalski et al., 2013).

I likhet med de to andre modellene viser modellen til Drapalski og kolleger (2013) at internalisert stigma kan føre til negative emosjoner hos individet. Samtidig illustrerer også modellen at negative emosjoner kan være en konsekvens av isolasjon og tilbaketrekning i seg selv, grunnet opplevd diskriminering, uten at internalisering av stigma har forekommet. Dermed tematiserer denne modellen, i motsetning til de andre modellene, at noen atferdsmessige responser på diskriminering i seg selv kan føre til negative emosjoner uten at stigma har blitt internalisert (Drapalski et al., 2013). På dette området skiller den seg fra modellen til Cox og kolleger (2012), som beskriver at dersom individet flykter fra den som utsetter ham eller henne for stigma, og stigmaet ikke er internalisert, vil også negative emosjoner forsvinne.

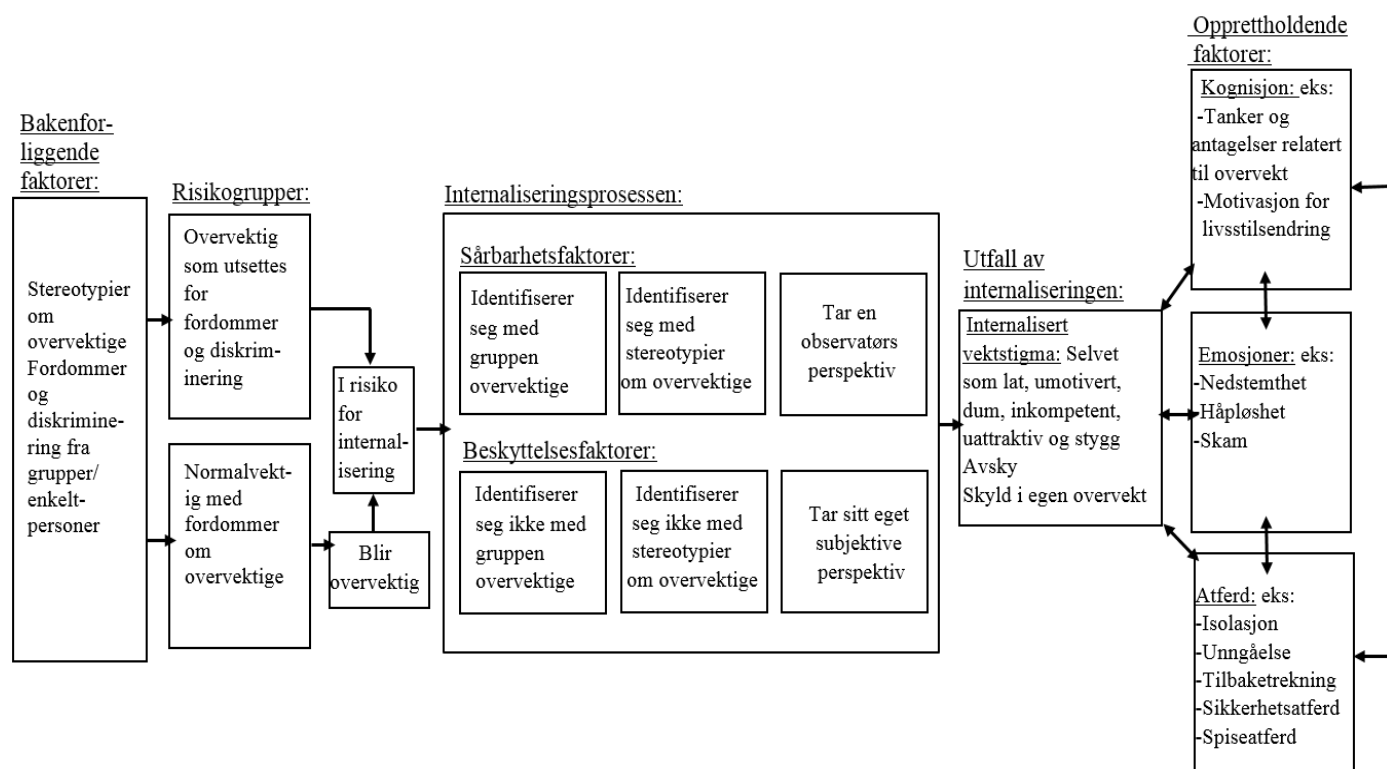
Med unntak av dette kan det se ut til at modellen til Drapalski og kolleger (2013) ikke tilføyer noe mer til de to andre internaliseringsmodellene. Her er det viktig å ha i mente at de to andre modellene blant annet har illustrert isolasjon, tilbaketrekning og negative emosjoner som en konsekvens av internalisert stigma. Hverken Ratcliffe og Ellison (2015) eller Cox og kolleger (2012) har fremstilt isolasjon, tilbaketrekning og negative emosjoner som definitive tegn på at stigma har blitt internalisert.

Selv om modellen presentert av Ratcliffe og Ellison (2015) er den eneste av de tre modellene som er utformet spesifikt for å illustrere internalisering av vektstigma, ser det likevel ut til at de to andre modellene, spesielt modellen til Cox og kolleger (2012), har

elementer som kan tilføre viktige bidrag til forståelsen av hvordan vektstigma kan internaliseres.

Forslag til en ny teoretisk modell for internalisering av vektstigma

Jeg vil i følgende del av oppgaven komme med forslag til en ny teoretisk modell for internalisering av vektstigma (Figur 4). Den integrerer de tre modellene som allerede er presentert, samt sammenligningen av stereotypier og overvektiges selvkonsept. Konsekvensene av å bli utsatt for fordommer og diskriminering i seg selv, utenom internalisering, anses å være utenfor oppgavens problemstilling, og blir dermed ikke tematisert i modellen. Hovedfokuset i denne modellen vil være på internaliseringsprosessen og konsekvenser av internalisert vektstigma.



Figur 4. Et forslag til en ny teoretisk modell for hvordan vektstigma kan internaliseres.

Bakenforliggende faktorer til internaliseringen er stereotypier i samfunnet om at overvektige har skyld i egen vekt, er late, dumme, inkompetente, umotiverte, uattraktive

og stygge (Brown & Thompson, 2007; Foster et al., 2003; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009; Roehling et al., 2008; Schwartz et al., 2003). At den overvektige, direkte eller indirekte, utsettes for fordommer og diskriminering av ulike grupper og/eller enkeltpersoner er også bakenforliggende faktorer. Eksempler på enkeltpersoner er familiemedlemmer, venner, helsepersonell, kolleger og fremmede (Cox et al., 2012; Crocker et al., 1993; Drapalski et al., 2013; Foster et al., 2003; Himmelstein & Tomiyama, 2015; Major & O'Brien, 2005; Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009; Ratcliffe & Ellison, 2015; Roehling et al., 2008; Schwartz & Brownell, 2004; Schwartz et al., 2003; Wang et al., 2004).

Videre beskriver modellen to kategorier av mennesker som kan være i risiko for å internalisere vektstigma. Den første kategorien er overvektige som utsettes for fordommer og diskriminering. De vonde opplevelsene knyttet til egen overvekt kan være pågående. Opplevelsene kan også være tidligere negative erfaringer relatert til vekt, som negative opplevelser i barndommen. I tillegg til tidligere opplevelser med vektstigma kan den overvektige oppleve vektstigma i nåtid (Cox et al., 2012).

Den andre kategorien er normalvektige med fordommer og negative stereotypier om overvektige. Personer i denne kategorien kan ha utsatt overvektige for diskriminering på direkte eller indirekte måter. Denne gruppens syn på overvektige kan være påvirket av holdninger i samfunnet forøvrig. Dersom denne gruppen av mennesker selv blir overvektige, kan tidligere stereotypier og fordommer om overvektige blir relevante for personen selv. Overvekten kan også øke risikoen for at han eller hun selv utsettes for fordommer og diskriminering fra andre (Cox et al., 2012).

Selve prosessen bak internaliseringen er den samme for begge risikogrubbene. Selv om et individ utsettes for fordommer og diskriminering, betyr ikke dette at han eller

hun nødvendigvis internaliserer vektstigma. Derfor foreslår modellen tre sårbarhetsfaktorer og tre beskyttelsesfaktorer for internalisering av vektstigma.

Sårbarhetsfaktorene er «identifiserer seg med gruppen overvektige», «identifiserer seg med stereotypier om overvektige» og «tar en observatørs perspektiv» innenfor perspektivtaking. Perspektivtaking innebærer hvilket perspektiv den overvektige tar når han eller hun husker hendelser, men også hvilket perspektiv personen tar når han eller hun vurderer seg selv (Ratcliffe & Ellison, 2015; Satinsky et al., 2013). «Identifiserer seg ikke med gruppen overvektige», «identifisere seg ikke med stereotypier om overvektige», og «tar sitt eget subjektive perspektiv» er dermed beskyttelsesfaktorer (Cox et al., 2012; Drapalski et al., 2013; Ratcliffe & Ellison, 2015; Satinsky et al., 2013).

Dersom alle beskyttelsesfaktorene er tilstede er det liten sannsynlighet for at vektstigma internaliseres. Dersom alle sårbarhetsfaktorene er tilstede er det stor sannsynlighet for at vektstigma internaliseres. Modellen tar høyde for individuelle forskjeller i internaliseringsprosessen. Alle sårbarhets- og beskyttelsesfaktorene befinner seg i en felles boks, for å illustrere at ulike kombinasjoner av dem er mulig. For noen individer kan flere sårbarhetsfaktorer være tilstede uten at vektstigma internaliseres, grunnet en eller flere beskyttelsesfaktorer. En overvektig kan for eksempel identifisere seg med gruppen overvektige, uten å identifisere seg med stereotypier om overvektige, samt ta sitt eget subjektive perspektiv, og dermed ikke internalisere vektstigma (Satinsky et al., 2013).

For noen individer kan det være nok at en av sårbarhetsfaktorene er tilstede for at internalisering skal forekomme. Jeg tenker at sårbarhetsfaktoren «identifiserer seg med gruppen overvektige» må være tilstede for at internalisering av vektstigma skal forekomme (Cox et al., 2012). Jeg tenker også at det er lite sannsynlig at en person

internaliserer stereotypier om overvektige dersom han eller hun ikke identifiserer seg som overvektig.

Dersom en eller flere sårbarhetsfaktorer fører til internalisert vektstigma, blir stereotypiske egenskaper knyttet til overvektige inkludert i selvet, som for eksempel lat, umotivert, dum, inkompetent, uattraktiv og/eller stygg. Individet legger skylden for egen overvekt på seg selv, og kjenner avsky ovenfor egen kropp og personlige egenskaper (Blodorn et al., 2016; Cassin & Friedman, 2017; Chadwick & Cardew, 1996; Epiphanidou & Ogden, 2010; Essayli et al., 2017; Megias et al., 2018; Pila et al., 2016; Proestakis & Brañas-Garza, 2016; Rand et al., 2017; Satinsky et al., 2013; Wang et al., 2004).

Personen som utsetter og utsettes for fordommer og diskriminering er nå i samme kropp (Cox et al., 2012). Selv om vektstigma er internalisert i selvkonseptet, betyr ikke det at risikoen for å utsettes for fordommer og diskriminering av bakenforliggende faktorer er borte. Den overvektige kan dermed utsettes for fordommer og diskriminering fra seg selv og andre samtidig (Cox et al., 2012).

Selvkonseptet inneholder blant annet kunnskap, tanker og holdninger en person har om seg selv (Drapalski et al., 2013). Selvkonseptet kan dermed være en del av individets kognisjon. Jeg har også nevnt at følelsen av skyld i egen overvekt og avsky rettet mot selvet er en del av det internaliserte vektstigmaet. Kognisjoner og emosjoner som er relatert til selvkonseptet befinner seg dermed i «internalisert vektstigma» (under «utfall av internaliseringen»). Kognisjon og emosjon, som befinner seg under «oppretholdende faktorer», omhandler derfor øvrige kognisjoner og emosjoner som ikke er en del av det internaliserte vektstigmaet i seg selv. Et eksempel på dette kan være følelsene av håpløshet, nedstemthet og skam, som ikke befinner seg i det internaliserte vektstigmaet, men som kan oppstå som en konsekvens av det. Når den overvektige har internalisert vektstigma vil dette dermed påvirke de øvrige kognisjonene og emosjonene,

samt personens atferd (Cox et al., 2012; Drapalski et al., 2013; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Under «kognisjon» som opprettholdende faktor finner vi blant annet den overvektiges tanker og antakelser relatert til vekt, samt motivasjon for livsstilsendring. Tanker og antakelser relatert til vekt kan være antakelser om hva andre tenker om overvektige, og tanker om hva det vil si å være overvektig. Disse kan påvirkes av det internaliserte vektstigmaet. Tanker og antakelser kan påvirke motivasjon for livsstilsendring negativt og motsatt (Cox et al., 2012; Drapalski et al., 2013; Ratcliffe & Ellison, 2015; Vartanian & Shaprow, 2008). Når vektstigma er internalisert kan dette også føre til emosjoner som håpløshet, nedstemthet og skam i individet. Disse emosjonene kan ha en gjensidig påvirkning på hverandre (Cox et al., 2012; Ratcliffe & Ellison, 2015).

Atferd som kan oppstå når vektstigma er internalisert er isolasjon, tilbaketrekning, samt unngåelses- og sikkerhetsatferd. Spiseatferd kan også bli påvirket av internalisert vektstigma. Overspising kan for eksempel bli en måte å håndtere det internaliserte vektstigmaet på (Butler & Surawy, 2004; Cox et al., 2012; Drapalski et al., 2013; Ratcliffe & Ellison, 2015). Unngåelsesatferd kan være unngåelse av relasjoner, som intime relasjoner, da den overvektige har et selvkonsept som innebærer at han eller hun er uattraktiv og stygg. Den overvektige anser dermed ikke seg selv som attraktiv for en potensiell partner (Blodorn et al., 2016; Megias et al., 2018; Miller et al., 1995; Ratcliffe & Ellison, 2015; Satinsky et al., 2013).

De opprettholdende faktorene kognisjon, emosjon og atferd kan, som illustrert i Figur 4, ha en gjensidig påvirkning på hverandre. Nedstemthet og håpløshet kan for eksempel ha en negativ påvirkning på spiseatferd og motivasjon for vektnedgang.

Spiseatferd, samt andre komponenter under atferd, kan også påvirke tanker om hva det vil si å være overvektig. De opprettholdende faktorene kan dermed bidra til å opprettholde overvekten, noe som igjen vil opprettholde diskrimineringen fra bakenforliggende faktorer. Den gjensidige påvirkningen mellom de opprettholdende faktorene kan også opprettholde det internaliserte vektstigmaet (Ratcliffe & Ellison, 2015).

Diskusjon

I denne teoretiske oppgaven ønsket jeg å undersøke hvordan fordommer og diskriminering kan påvirke selvkonseptet til personer med overvekt. Gjennom å sammenligne stereotypier om overvektige med studier av overvektiges selvkonsept har jeg vist at det eksisterer likhetstrekk. For å undersøke hvordan fordommer og diskriminering kan påvirke selvkonseptet har jeg sammenlignet tre modeller for hvordan vektstigma kan internaliseres. Det ser ut til å være en mulig sammenheng mellom sammenligningen av stereotypier og overvektiges selvkonsept, og modellene for internalisering som er illustrert i Figur 1, 2 og 3. Selv om sammenligningen viser likhetstrekk, kommer det også frem at ikke alle overvektige har et selvkonsept som samsvarer med eksisterende stereotypier. De tre modellene kan bidra til å illustrere hvorfor noen, men ikke alle, overvektige internaliserer vektstigma, da de presenterer mulige sårbarhetsfaktorer, samtidig som deres hovedfokus er på ulike momenter i internaliseringsprosessen. Basert på disse to delene foreslo jeg dermed en ny teoretisk modell for internalisering av vektstigma, som er illustrert i Figur 4. Samtidig kan ikke eksistensen av uoppdagede faktorer i internaliseringsprosessen utelukkes. Med bakgrunn i dette ønsker jeg i den følgende diskusjonen å sette fokus på kjønnsforskjeller, psykiske vansker, vektnedgang og grad av overvekt.

Kjønn er i denne oppgaven verken tematisert i sammenligningen mellom stereotypier og selvkonsept, eller i modellene for internalisert vektstigma. Med unntak av studien til Blodorn og kolleger (2016) og Edward og kolleger (2018) har studiene i denne oppgaven hovedsakelig hatt kvinnelige deltakere. Det er få mannlige deltakere sammenlignet med kvinnelige i fem av studiene (Bruåsdal, 2017; Engström & Forsberg, 2011; Megias et al., 2018; Pila et al., 2016; Wang et al., 2004). I fem andre studier var det kun kvinnelige deltakere (Epiphaniou & Ogden, 2010; Essayli et al., 2017; Miller et al., 1995; Rand et al., 2017; Satinsky et al., 2013). Med få mannlige deltakere er det vanskelig å si noe om likhetstrekk mellom stereotypier og overvektige menns selvkonsept. Det er også vanskelig å si noe om eventuelle kjønnsforskjeller, både i sammenligningen og i internaliseringsprosessen.

Tidligere studier relatert til kjønnsforskjeller gir blandede resultater (Proestakis & Brañas-Garza, 2016). Noen peker på at kvinner i større grad enn menn er mottakelige for vektstigma (Blodorn et al., 2016). Andre studier viser at det er små eller ingen kjønnsforskjeller (Proestakis & Brañas-Garza, 2016; Puhl & Brownell, 2007; Roehling et al., 2008). I studien til Blordon og kolleger (2016), med 48% mannlige deltakere, virket mennene nesten upåvirket av om vekten ville være synlig for en potensiell date eller ikke. Med blandede resultater kan det ikke utelukkes at kjønnene i varierende grad er sårbare for å internalisere vektstigma, eller at internaliseringsprosessen er ulik mellom kjønnene. Om dette er tilfellet kan det være hensiktsmessig med to forskjellige modeller for internalisering av stigma og opprettholdende faktorer for hvert av kjønnene.

Studien til Edward og kolleger (2018), med 6 mannlige deltakere, har noen funn som kan bidra til nye momenter i diskusjonen om kjønnsforskjeller. Deltakerne hadde gjennomgått bariatrisk kirurgi. I forkant av operasjonen beskrev de egen kropp i et negativt lys, samt problemer relatert til kroppsbilde. Artikkelforfatterne fikk inntrykk av

at deltakerne forsøkte å minimalisere slike bekymringer. Et annet funn var at deltakerne ikke ønsket å snakke med andre om psykososiale vansker relatert til vekt (Edward et al., 2018).

Når man tar disse funnene i betraktning kan det ikke utelukkes at mulige kjønnsforskjeller observert i noen studier kan komme av at menn og kvinner rapporterer eller snakker om psykologiske vansker relatert til overvekt og/eller vektstigma ulikt. I diskusjonen om gutter og kroppspress har for eksempel forsker Ingunn Marie Eriksen uttalt i et intervju at vi ikke vet nok om gutter og kroppspress. Et annet tema i den samme artikkelen er at gutter og jenter har ulike måter å snakke om kroppspress på (Vignæs & Honningsøy, 2018). I en annen artikkel relatert til menn og kroppspress uttrykte en 21 år gammel mann at han ikke følte det var akseptert blant menn å snakke om vansker knyttet til kropp (Vignæs, Honningsøy, & Thet Mon, 2018). Jeg tenker dermed at mer forskning på kjønnsforskjeller, både når det gjelder internalisering av vektstigma og ulikheter i hvordan menn og kvinner rapporterer negativ selvkonsept relatert til vekt, er nødvendig. En studie av Luppino og kolleger (2010) viste for eksempel at det er en gjensidig påvirkning mellom depresjon og overvekt hos både menn og kvinner.

I lys av slike funn kan det også være viktig å vurdere om psykiske og emosjonelle vansker kan være eventuelle sårbarhetsfaktorer for internalisering av vektstigma. Det kan også være nyttig å vurdere hvilke implikasjoner slike vansker kan få for behandlingen av overvekt. Psykiske og emosjonelle vansker som potensielle sårbarhetsfaktorer til internalisering av vektstigma er ikke illustrert eller diskutert i forslaget til en ny internaliseringsmodell (Figur 4). Overspising kan, for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, misbruk, vold, neglekt og mobbing, være en måte å håndtere og/eller dempe ubehagelige følelser på. Alvorlige traumer kan også ligge til grunn for utviklingen av overvekt (Butler & Surawy, 2004; Helsedirektoratet, 2011; Hokland, 2006).

Overspisingen, som er et kjennetegn ved noen av de spiseforstyrrelsene som er knyttet til fedme, kan være forbundet med andre psykiske lidelser og belastende livshendelser.

Cirka 30 prosent av kvinner som søker behandling for fedme har eller har hatt spiseforstyrrelser. Mye tyder på at det samme gjelder for menn. Spiseforstyrrelser kan være et symptom på følelsesmessige konflikter (Butler & Surawy, 2004; Helsedirektoratet, 2011).

Psykiske og emosjonelle vansker, samt vonde opplevelser, kan påvirke flere livsområder og redusere livskvalitet. Jeg tenker at vektstigma og internalisert vektstigma for disse individene vil bli en tilleggsbelastning. Spesielt siden studier har vist at internalisering av vektstigma i seg selv kan føre til lavt selvbilde, lav selvtillit, depresjon, redusert følelse av selvverd, redusert motivasjon, samt minsket livstilfredshet og livskvalitet (Durso et al., 2016; Hogg & Vaughan, 2011; Martin et al., 2010; Rand et al., 2017). Det er viktig at de personene som har psykiske vansker får hjelp med å bearbeide eventuelle traumatiske opplevelser og til å finne mer hensiktsmessige måter å håndtere disse vanskene på. I slike tilfeller vil gjerne ikke veiledning knyttet til kosthold og fysisk aktivitet være nok. Dersom mat har hatt en emosjonsregulerende funksjon, bør helsepersonell også være obs på, samt ta hensyn til, de emosjonelle vanskene som kan dukke opp når spisevaner er under endring (Helsedirektoratet, 2011).

Mange overvektige forsøker å gå ned i vekt. Mislykkede forsøk med å gå ned i vekt, eller vekttap etterfulgt av vektoppgang, kan føre til negative følelser i individet (Bruåsdal, 2017; Crocker et al., 1993). I masteroppgaven til Bruåsdal (2017) kunne alle intervjusubjektene fortelle om en eller flere mislykkede forsøk på å gå ned i vekt. Ifølge Samdal og Meland (2014) bruker mange skadelige metoder for å gå ned i vekt, som på sikt vil være vanskelige å vedlikeholde. Eksempler på dette er jojo-slanking, slankepiller og oppkast (Samdal & Meland, 2014). I veilederen til Helsedirektoratet (2011) blir flere

måter å behandle overvekt på presentert. Det nevnes det også at fedmekirurgi har fått større kapasitet (Helsedirektoratet, 2011). Studier har vist at fedmekirurgi kan føre til høyere livskvalitet på flere områder, samt en sunnere livsstil og vekttap på sikt (Edward et al., 2018; Engström & Forsberg, 2011; Malone, Alger-Mayer, & Polimeni, 2012).

Påvirkningen denne type behandling har på personer med internalisert vektstigma kan, med utgangspunkt i oppgavens tema, være interessant. På den ene siden tenker jeg at slike inngrep, dersom de har et vellykket vekttap, kan bidra til å redusere stigmatisering. På den andre siden stiller jeg spørsmålstegn til i hvilken grad slike operasjoner vil redusere det internaliserte vektstigmaet. En studie av Perdue, Schreier, Swanson, Niel og Carels (2018) viste for eksempel at majoriteten av deltakerne gjenopptok et overvektig selvkonsept på tross av vektnedgang 18 til 30 måneder etter operasjonen. Dette hadde igjen en negativ påvirkning på sosial fungering og psykisk helse (Perdue et al., 2018). Andre studier viser at noen pasienter kan oppleve å ha en overvektig kropp, selv etter fedmeoperasjon og vektnedgang (Riva, Gaudio, & Dakanalis, 2014).

Det kan virke som at pasientene i disse studiene har et internalisert vektstigma, uten at jeg kan påstå dette med sikkerhet. Dersom det er tilfelle kan slike funn tyde på at andre tilnærminger i tillegg til vektreduksjon i seg selv kan være nødvendig dersom en person har et internalisert vektstigma. I utviklingen av et mer gunstig selvkonsept må andre intervensjoner brukes. Ifølge Ratcliffe og Ellison (2015) er det et behov for intervensjoner som fokuserer på de psykologiske konsekvensene av å utsettes for vektstigma.

Å gå fra overvektig til normalvektig, og samtidig opprettholde et varig vekttap, er en prosess som kan ta tid (Samdal & Meland, 2014; Spilde, 2014). Overvektige som er i gang med en vektnedgang kan også bli utsatt for vektstigma under hele denne prosessen. Med utgangspunkt i internaliseringsmodellene illustrert i Figur 2 og Figur 4 kan det se ut

til at internalisert vektstigma i seg selv kan påvirke individets motivasjon for livsstilsendring, samt at det kan bidra til atferder som kan opprettholde overvekten (Ratcliffe & Ellison, 2015). Dermed tenker jeg at ytterligere stigmatisering fra andre også kan bidra til å redusere individets motivasjon for vektnedgang. Spesielt hvis den overvektige ikke har helsepersonell rundt seg som kan være en støttespiller, som ser personen bak overvekten, personens behov og eventuelle vansker som kan ha bidratt til overvekt (Helsedirektoratet, 2011).

Studier har vist at stigmatiseringen av overvektige kan føre til at de overspiser, unngår å oppsøke helsehjelp, samt unngår settinger med fysisk aktivitet (Almeida et al., 2011; Gloor & Puhl, 2016; Puhl & Brownell, 2006). Dette stemmer overens med bidragene til modellene presentert i denne oppgaven. Sett i lys av at helsepersonell og settinger med fysisk aktivitet er viktige bidrag i forebyggingen av overvekt, er disse funnene uheldige (Helsedirektoratet, 2011). Det er viktig at helsepersonell tar i betraktning at det kan være flere årsaker, som for eksempel underliggende psykiske vansker, til at en person er overvektig. Dette kan bidra til at personer med overvekt får den nødvendige behandlingen og oppfølgingen han eller hun trenger (Rand et al., 2017).

Et annet tema som ikke er illustrert i den nye teoretiske internaliseringsmodellen (Figur 4) er grad av overvekt og grad av stigmatisering. Utsettes for eksempel en overvektig person på 95 kilo for samme mengde stigma og diskriminering som en som veier 160 kilo? Resultatene i studien til Hebl og Xu (2001) viste at legers fordommer mot overvektige pasienter økte med pasientenes grad av overvekt. Sett i lys av slike funn virker det sannsynlig at individer med større grad av overvekt og fedme møter mer fordommer og diskriminering, enn personer som til tross for at de er overvektige ikke avviker i like stor grad fra det som anses som normalt eller ønskelig. Dette stemmer også overens med andre studier som viser at diskriminering øker med økt overvekt (Puhl &

Brownell, 2006). Dermed er det heller ikke usannsynlig at sårbarheten for å internalisere vektstigma øker med grad av overvekt, eller at internalisert vektstigma er mer fremtredende i denne gruppen.

Internalisering kan være blant de mest skadelige konsekvensene av vektstigma, da det kan føre til at den overvektige danner et ufavoriserbart bilde av seg selv og sin kropp (Durso et al., 2016; Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003; Schwartz & Brownell, 2004; Young-Hyman et al., 2006). Vektstigma kan føre til at overvektige lager begrensninger for seg selv på viktige livsområder, som i skole, jobb og intime relasjoner. Dermed kan vektstigma og internalisert vektstigma også bidra til, og opprettholde, økt risiko for fedme og overvekt over tid. I lys av dette ser det ut som at vektstigma er negativt for både folkehelsen og individet som utsettes for det (Adolfsson, 2004; Gloor & Puhl, 2016; Rand et al., 2017; Tajfel & Turner, 1979). Dette er også noen av grunnene til at det kan være viktig med økt kunnskap om internaliseringsprosessen, sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer, konsekvenser av internaliseringen, samt opprettholdende faktorer.

Slik kunnskap kan også bidra til å utvikle nyttige intervensjoner for overvektige personer med et negativt selvkonsept. Å forebygge at overvektige i utgangspunktet utsettes for stigmatisering kan også være en mulig løsning. Dette kan blant annet gjøres gjennom å fremme et mer helhetlig perspektiv på overvekt, både blant helsepersonell og i den generelle befolkningen (Samdal & Meland, 2014). Dette kan bidra til å forebygge at overvektige individer innskrenker sin deltakelse på viktige arenaer i livet. Videre kan det fremme livskvaliteten og det psykiske velværet, samt helseatferden, til personer med overvekt (Gloor & Puhl, 2016; Tajfel & Turner, 1979). Dersom stigma relatert til overvekt reduseres, kan dette bidra til at terskelen for at den overvektige søker hjelp med overvekten, eller vansker som har bidratt til den, blir lavere. Jeg tenker også at dette vil være gunstig for folkehelsen.

Selv om sammenligningen mellom stereotypier og overvektiges selvkonsept viste likhetstrekk, kan det være gunstig med flere studier på dette området. Studiene i sammenligningsdelen var både kvalitative og kvantitative. En av svakhetene med noen av de kvantitative studiene var at deltakernes oppfattelse av gruppedlemskap ikke ble identifisert. Det er dermed ikke sikkert at deltakerne identifiserte seg med gruppen overvektige (Wang et al., 2004). Det var også kvantitative studier som ikke ble inkludert i sammenligningen, da de konkluderte med at det eksisterer likhetstrekk mellom stereotypier og selvkonsept, uten å gå nærmere i detalj på hvilke likhetstrekk som ble observert. Flere studier om sammenhengen mellom stereotypier og overvektiges selvkonsept kan være nyttig for å få mer kunnskap om hva som kjennetegner at vektstigma har blitt internalisert. Dette kan fremme relevant behandling for de som er i behov for det.

Selv om oppgaven undersøker internalisering av stigma relatert til overvekt, tenker jeg at denne oppgavens teoretiske bidrag i større eller mindre grad kan generaliseres til andre stigmatiserte grupper. Spesielt da de tre modellene, på tross av at én av modellene omhandler internalisering av stigma generelt, og de to andre er rettet spesifikt mot to ulike grupper som er utsatt for stigmatisering, har fellestrekk i hvordan stigma kan internaliseres, samt konsekvensene av internalisert stigma. På den andre siden kan det å ha egne modeller for ulike stigmatiserte grupper være hensiktsmessig for å få en mer detaljert beskrivelse av hvordan stigma kan internaliseres og opprettholdes i ulike grupper. Dette kan også være nyttig for å igangsette intervensjoner for behandling av internalisert stigma og et negativt selvkonsept, samt forebyggende tiltak (Ratcliffe & Ellison, 2015). Samtidig viser sammenligningen av de tre modellene at slike teoretiske rammeverk kan hente kunnskap om internalisering av stigma fra hverandre.

Som presisert innledningsvis vil jeg avslutte oppgaven med å si at jeg ikke ønsker å hevde at fordommer og diskriminering er de eneste faktorene som kan påvirke det psykiske velværet og selvkonsepter til personer med overvekt. Jeg ønsker heller ikke å fremstille stigma som eneste årsak eller opprettholdende faktor til overvekt. Oppgaven anerkjenner også at overvektige er en heterogen gruppe, og at ikke alle overvektige internaliserer samfunnets vektstigma i selvkonseptet eller har svekket psykisk velvære og livskvalitet.

Konklusjon

Denne oppgaven tyder på at fordommene og diskrimineringen personer med overvekt utsettes for kan påvirke selvkonseptet. Dette kan igjen opprettholde overvekten, diskrimineringen fra andre, internalisert vektstigma og det negative selvkonseptet. Mer forskning trengs på hva som kjennetegner internalisert vektstigma og mulige sårbarhets- og beskyttelsesfaktorer for internalisert vektstigma. Slik kunnskap kan fremme et mer helhetlig perspektiv på overvekt, og dermed bidra til å forebygge den stigmatiseringen personer med overvekt utsettes for. Dette kan også bidra til at overvektige får den persontilpassede og helhetlige helsehjelpen de trenger, både når det gjelder psykisk og fysisk helse. Dermed kan kjennskap til hvordan vektstigma kan internaliseres og konsekvenser av dette, ha en rekke implikasjoner klinisk og på samfunnsnivå.

Referanser

- Adolfsson, B. (2004). *Obesity, life style and society: Psychological and psychosocial factors in relation to body weight and body weight changes*. (Doktorgradsavhandling), Karolinska Institutet, Stockholm.
- Almeida, L., Savoy, S., & Boxer, P. (2011). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 278-292.
doi:10.1002/jclp.20749
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2006). *Social cognition: An integrated introduction* (2 ed.). London: Sage Publications.
- Blodorn, A., Major, B., Hunger, J., & Miller, C. (2016). Unpacking the psychological weight of weight stigma: A rejection-expectation pathway. *Journal of Experimental Social Psychology*, 63, 69-76. doi:10.1016/j.jesp.2015.12.003.
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 535-543.
doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04450.x
- Bruåsdal, L. T. (2017). *"Jeg er hele meg": En kvalitativ studie om opplevelsen av å leve med overvekt med særlig fokus på skamaspektet*. (Mastergradsavhandling), Universitetet i Stavanger, Retrieved from
https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2471768/Bruaasdal_Lena.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Butler, G., & Surawy, C. (2004). Avoidance of affect. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 351-369). New York: Oxford University Press.

- Cassin, S. E., & Friedman, A. (2017). Weight-based stigma and body image in severe obesity. In S. Sockalingam & R. Hawa (Eds.), *Psychiatric care in severe obesity: An interdisciplinary guide to integrated care* (pp. 93-105). Cham: Springer International Publishing.
- Chadwick, D. J., & Cardew, G. (Eds.). (1996). *The origins and consequences of obesity*. Chichester: Wiley.
- Corrigan, P. W., & Deepa, R. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. doi:10.1177/070674371205700804
- Cox, W. T. L., Abramson, L. Y., Devine, P. G., & Hollon, S. D. (2012). Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 427-449. doi:10.1177/1745691612455204
- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 60-70. doi:10.1037/0022-3514.64.1.60
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. *Advances in Experimental Social Psychology*, 40, 61-149. doi:10.1016/S0065-2601(07)00002-0
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, 64(3), 264-269. doi:10.1176/appi.ps.001322012
- Durso, L. E., Latner, J. D., & Ciao, A. C. (2016). Weight bias internalization in treatment-seeking overweight adults: Psychometric validation and associations with self-esteem,

- body image, and mood symptoms. *Eating Behaviors*, 21, 104-108.
doi:10.1016/j.eatbeh.2016.01.011
- Durso, L. E., Latner, J. D., White, M. A., Masheb, R. M., Blomquist, K. K., Morgan, P. T., & Grilo, C. M. (2012). Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: Associations with eating disturbances and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 423-427. doi:10.1002/eat.20933
- Edward, K.-L., Hii, M. W., Giandinoto, J.-A., Hennessy, J., & Thompson, L. (2018). Personal descriptions of life before and after bariatric surgery from overweight or obese men. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 265-273. doi:10.1177/1557988316630770
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(8), 733-738. doi:10.1001/archpedi.157.8.733
- Engström, M., & Forsberg, A. (2011). Wishing for deburdening through a sustainable control after bariatric surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*, 6(1), 1-13. doi:10.3402/qhw.v6i1.5901
- Epiphaniou, E., & Ogden, J. (2010). Successful weight loss maintenance and a shift in identity: From restriction to a new liberated self. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 887-896. doi:10.1177/1359105309358115
- Essayli, J. H., Murakami, J. M., Wilson, R. E., & Latner, J. D. (2017). The impact of weight labels on body image, internalized weight stigma, affect, perceived health, and intended weight loss behaviors in normal-weight and overweight college women. *American Journal of Health Promotion*, 31(6), 484-490.
doi:10.1177/0890117116661982

- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychology*, 54(6), 509-517. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830180015003
- Farrell, L. C., Warin, M. J., & Street, J. M. (2016). Emotion in obesity discourse: Understanding public attitudes towards regulations for obesity prevention. *Sociology of Health & Illness*, 38(4), 543-558. doi:10.1111/1467-9566.12378
- Fennell, M., & Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Muellerand, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 413-432). New York: Oxford University Press.
- Finkel, E. J., & Baumeister, R. F. (2010). *Advanced social psychology: The state of the science*. New York: Oxford University Press.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2013). *Social cognition: From brains to culture* (2 ed.). London: Sage Publications.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Overvekt og fedme*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/overvekt-og-fedme/>
- Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., & Allison, D. B. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, 11(10), 1168-1177. doi:10.1038/oby.2003.161
- Gilman, S. L. (2008). *Fat*. Cambridge: Polity Press.
- Gloor, J. L., & Puhl, R. M. (2016). Empathy and perspective-taking: Examination and comparison of strategies to reduce weight stigma. *Stigma and Health*, 1(4), 269-279. doi:10.1037/sah0000030
- Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin Books.

Hebl, M. R., & Xu, J. (2001). Weighing the care: Physicians' reaction to the size of a patient.

International Journal of Obesity and Metabolic Disorders, 25(8), 1246-1252.

doi:10.1038/sj.ijo.0801681

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og*

behandling av overvekt og fedme hos voksne. Retrieved from

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>

Heras, P., Kritikos, K., Hatzopoulos, A., Kritikos, N., & Mitsibounas, D. (2010).

Psychological consequences of obesity. *The Endocrinologist*, 20(1), 27-28.

doi:10.1097/TEN.0b013e3181ca0fc0

Hilbert, A., Winfried, R., & Braehler, E. (2008). Stigmatizing attitudes toward obesity in a

representative population-based sample. *Obesity Research*, 16(7), 1529-1534.

doi:10.1038/oby.2008.263

Himmelstein, M., & Tomiyama, A. J. (2015). It's not you, it's me: Self-perceptions, antifat

attitudes, and stereotyping of obese individuals. *Social Psychological and Personality*

Science, 6(7), 749-757. doi:10.1177/1948550615585831

Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2011). *Social psychology* (6th ed.). Harlow: Pearson.

Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om

traumer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(11), 1150-1158. Retrived from

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=3040&a=3

Kiell, N. (Ed.) (1973). *The psychology of obesity: Dynamics and treatment*. Springfield:

Thomas Books.

Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., &

Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: A systematic review and

- meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229.
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
- Major, B., & O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 393-421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Malone, M., Alger-Mayer, S., & Polimeni, J. M. (2012). Health related quality of life after gastric bypass surgery. *Applied Research in Quality of Life*, 7(2), 155-161.
doi:10.1007/s11482-011-9157-3
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*, 6(4), 8404-8415. doi:10.3402/qhw.v6i4.8404
- Martin, G. N., Carlson, N. R., & Buskist, W. (2010). *Psychology* (4th ed.). Harlow: Allyn & Bacon.
- McLeod, S. (2008). *Social identity theory*. Retrieved from
<https://www.simplypsychology.org/social-identity-theory.html>
- Megias, A., Gonzalez-Cutre, D., Beltran-Carrillo, V. J., Gomis-Diaz, J. M., Cervello, E., & Bartholomew, K. J. (2018). The impact of living with morbid obesity on psychological need frustration: A study with bariatric patients. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 34(4), 509-522.
doi:10.1002/smi.2811
- Miller, C. T., Rothblum, E. D., Felicio, D., & Brand, P. (1995). Compensating for stigma: Obese and nonobese women's reactions to being visible. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(10), 1093-1106. doi:10.1177/01461672952110010
- Perdue, T. O., Schreier, A., Swanson, M., Neil, J., & Carels, R. (2018). Majority of female bariatric patients retain an obese identity 18-30 months after surgery. *Eating and Weight Disorders*. doi:10.1007/s40519-018-0601-3

- Pila, E., Brunet, J., Crocker, P. R., Kowalski, K. C., & Sabiston, C. M. (2016). Intrapersonal characteristics of body-related guilt, shame, pride, and envy in Canadian adults. *Body Image, 16*, 100-106. doi:10.1016/j.bodyim.2016.01.001
- Poria, Y., & Beal, J. (2017). An exploratory study about obese people's flight experience. *Journal of Travel Research, 56*(3), 370-380. doi:10.1177/0047287516643416
- Proestakis, A., & Brañas-Garza, P. (2016). Self-identified obese people request less money: A field experiment. *Frontiers in Psychology, 7*, 1-10. doi:10.3389/fpsyg.2016.01454
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9*(12), 788-805. doi:10.1038/oby.2001.108
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews, 4*(4), 213-227. doi:10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese individuals. *Obesity, 14*(10), 1802-1815. doi:10.1038/oby.2006.208
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2007). Strategies for coping with the stigma of obesity. In J. D. Latner & G. T. Wilson (Eds.), *Self-help approaches for obesity and eating disorders: Research and practice* (pp. 347-362). New York: Guilford Press.
- Puhl, R. M., & Heuer, A. C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity, 17*(5), 941-964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health, 100*(6), 1019-1028. doi:10.2105/AJPH.2009.159491

- Quillian, L. (2006). New approaches to understanding racial prejudice and discrimination. *Annual Review of Sociology*, 32(1), 299-328.
doi:10.1146/annurev.soc.32.061604.123132
- Raaheim, A., & Raaheim, K. (Eds.). (2011) Psykologiske fagord: Fra engelsk til norsk (8 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rand, K., Vallis, M., Aston, M., Price, S., Piccinini-Vallis, H., Rehman, L., & Kirk, S. F. L. (2017). "It is not the diet; it is the mental part we need help with." A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*, 12(1), 1-14.
doi:10.1080/17482631.2017.1306421
- Ratcliffe, D., & Ellison, N. (2015). Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 239-252. doi:10.1017/s1352465813000763
- Riding, R. J., & Rayner, S. G. (Eds.). (2001). *Self perception: International perspectives on individual differences* (Vol. 2). Westport: Ablex Publishing.
- Riva, G., Gaudio, S., & Dakanalis, A. (2014). I'm in a virtual body: A locked allocentric memory may impair the experience of the body in both obesity and anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 19(1), 133-134. doi:10.1007/s40519-013-0066-3
- Roehling, M. V., Roehling, P. V., & Odland, L. M. (2008). Investigating the validity of stereotypes about overweight employees: The relationship between body weight and normal personality traits. *Group & Organization Management*, 33(4), 392-424.
doi:10.1177/1059601108321518
- Rosen, J. C. (2002). Obesity and body image. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 399-402). New York: The Guilford Press.

- Samdal, G. B., & Meland, E. (2014). Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 134, 2247-2248. doi:10.4045/tidsskr.14.1334
- Satinsky, S., Dennis, B., Reece, M., Sanders, S., & Bardzell, S. (2013). My 'fat girl complex': A preliminary investigation of sexual health and body image in women of size. *Culture, Health & Sexuality*, 15(6), 710-725. doi:10.1080/13691058.2013.783236
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56. doi:10.1016/S1740-1445(03)00007-X
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039. doi:10.1038/oby.2003.142
- Spilde, I. (2014). Derfor er det så vanskelig å holde vekta. Retrieved from <https://forskning.no/mat-og-helse-overvekt/2014/04/derfor-er-det-sa-vanskelig-holde-vekta>
- Stevens, S. D., Herbozo, S., Morrell, H. E., Schaefer, L., & Thompson, J. K. (2017). Adult and childhood weight influence body image and depression through weight stigmatization. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 1084-1093. doi:10.1177/1359105315624749
- Tajfel, H. T., & Turner, J. C. (1979). An intergrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Monterey: Brooks/Cole.
- Vartanian, L. R. (2010). Disgust and perceived control in attitudes toward obese people. *International Journal of Obesity*, 34(8), 1302-1307. doi:10.1038/ijo.2010.45
- Vartanian, L. R., & Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*, 19(4), 757-762. doi:10.1038/oby.2010.234

- Vartanian, L. R., & Shaprow, J. G. (2008). Effects of weight stigma on exercise motivation and behavior: A preliminary investigation among college-aged females. *Journal of Health Psychology, 13*(1), 131-138. doi:10.1177/1359105307084318
- Vartanian, L. R., Thomas, M. A., & Vanman, E. J. (2013). Disgust, contempt, and anger and the stereotypes of obese people. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 18*(4), 377-382. doi:10.1007/s40519-013-0067-2
- Vignæs, M. K., & Honningsøy, K. H. (2018). Vi kan ikke nok om guttas kroppspress. Retrieved from https://www.nrk.no/norge/xl/_vi-kan-ikke-nok-om-guttas-kroppspress-1.14070205
- Vignæs, M. K., Honningsøy, K. H., & Thet Mon, S. (2018). Mathias:-Jeg presset brystene helt inntil kroppen. Retrieved from https://www.nrk.no/norge/xl/mathias_-_jeg-preset-brystene-helt-inntil-kroppen-1.13957632
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity, 28*, 1333-1337. doi:10.1038/sj.ijo.0802730
- Weiner, B. (2005). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (2018). *Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Young-Hyman, D., Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Keil, M., Cohen, M. L., Peyrot, M., & Yanovski, J. A. (2006). Psychological status and weight-related distress in overweight or at-risk-for-overweight children. *Obesity, 14*(12), 2249-2258. doi:10.1038/oby.2006.264